

Tilburg University

Verdriet, verlies en vergankelijkheid

Körver, Jacques

Published in:
Helende zorg

Publication date:
2019

Document Version
Version created as part of publication process; publisher's layout; not normally made publicly available

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Körver, J. (2019). Verdriet, verlies en vergankelijkheid: Een ander perspectief op zorg. In A. Smeets (Ed.), *Helende zorg: Een geïnspireerd perspectief op gezondheid en zorg* (pp. 117-128). Berne Media / Uitgeverij Abdij van Berne.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Verdriet, verlies en vergankelijkheid

Een ander perspectief op zorg

Sjaak Körver

Marktdenken en eigen regie

De Nederlandse gezondheidszorg is in de voorbije jaren ingrijpend veranderd. Vooral de hervorming van het zorgstelsel vanaf 2006, toen de marktwerking uitdrukkelijk in de zorg werd geïntroduceerd, heeft voor andere oriëntaties en ontwikkelingen gezorgd. De herziening van het zorgstelsel introduceerde drie ‘zorgmarkten’:

1. de zorgverzekeringsmarkt waar burgers een zorgverzekering kunnen kiezen en afsluiten;
2. de zorginkoopmarkt waar zorgverzekeraars onderhandelen met zorgverleners en vervolgens zorg inkopen; en
3. de zorgverleningsmarkt waar patiënten kiezen welke zorg zij van welke zorgverlener willen ontvangen.

De patiënt of cliënt heeft een centrale rol gekregen, als kritische consument die weloverwogen afwegingen en keuzes maakt op basis van goede en juiste informatie. Deze autonome, kritische en actief kiezende zorgconsument moet zorgaanbieders stimuleren tot concurrentie en daarmee tot steeds betere zorg. Deze ontwikkelingen zijn nog lang niet tot een eindpunt gekomen, zoals de auteurs van *Diagnose 2025* laten zien (Idenburg & Van Schaik 2012). Bij deze ontwikkelingen is echter geen sprake van rechtlijnigheid noch van wetmatigheid. Gezien de huidige politieke en economische situatie zijn er op basis van de anamnese

en diagnose van de Nederlandse gezondheidszorg verschillende toekomstscenario's mogelijk, waarbij kwaliteit van, toegang tot, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg in een dynamisch evenwicht tot elkaar staan. Vooral de economische ontwikkelingen en het politieke klimaat zijn bepalend voor de wijze waarop sturing zal worden gegeven aan het Nederlandse zorgsysteem (Idenburg & Van Schaik 2012).

Dit neoliberale marktdenken legt in het kader van gezondheid en ziekte veel nadruk op eigen regie, autonomie, zelfhulp, zelfredzaamheid, participatie en empowerment. Er is verrassend weinig tot geen aandacht voor het feit dat veel mensen niet autonoom zijn, niet of nooit tot zelfhulp in staat, geen middelen hebben voor participatie en bij wie empowerment geen weerklank vindt omdat ze niet over voldoende innerlijke kracht beschikken. Vanuit de sociale psychiatrie is dit punt vaker al op de agenda gezet, bijvoorbeeld als het gaat om verwarde mensen (Van Hemert 2009). Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft afgelopen jaar in enkele kritische rapporten op deze problematiek gewezen (2017a, 2017b). Het enthousiasme voor en de nadruk op de autonomie van de patiënt en cliënt is veelal ondoordacht en zelfs ongepast, zeker in combinatie met groter wordende teams, verantwoordelijkheden die steeds vaker worden gedelegeerd en daarmee diffuser worden, en met de steeds sterkere nadruk op richtlijnen, procedures en protocollen (McCormick 1996). Sociaaleconomische status, waardepatroon, levensstijl (traditioneel, modern of postmodern) en specifieke zorgbehoefte hebben grote invloed op de (gewenste) mate van en het vermogen tot autonomie (Berkhout 2009).

Er kunnen drie typen zorgcliënten worden onderscheiden: minder zelfredzame zorgcliënten, pragmatische zorgcliënten en maatschappijkritische zorgcliënten. In de groep van minder zelfredzame zorgcliënten zijn vervolgens drie subgroepen te onderscheiden: de volgzame (16%), de consumptiegerichtte (22%) en de op gemak gerichte (10%) zorgcliënten. Hoewel de verhouding tussen de subgroepen binnen deze groep van minder zelfredzamen de komende jaren zal veranderen, blijven zij samen ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking uitmaken. In hun houding tot de zorg is de gemeenschappelijke karakteristiek dat zij liever bij de hand worden genomen, niet te veel informatie

wensen, liever niet zelf besluiten nemen over ingewikkelde keuzen, en vooral ook een persoonlijk contact met een hulpverlener dichtbij prefereren (Berkhout 2009).

Betere mensen

Vervolgens is er ook weinig of geen aandacht voor verdriet, verlies en vergankelijkheid, aspecten van het bestaan die ieder vroeg of laat zal (moeten) ondervinden. In haar boek *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar* (2014) van de wetenschapsfilosoof en -socioloog Trudy Dehue, komt naar voren hoe krachtig deze ideologische ontkenning is. Dehue onderzoekt op welke wijze in onze samenleving en in de wetenschap wordt gedacht over en gehandeld met betrekking tot psychiatrische stoornissen (in het bijzonder ADHD). Zij beschrijft hoe de wetenschap (in het verlengde of parallel aan maatschappelijke ontwikkelingen) steeds meer menselijke gedragingen benoemt als afwijkend van wat normaal heet te zijn en vervolgens als te behandelen stoornissen diagnosticeert. Precies en goed gedocumenteerd laat zij zien dat afwijken van wat normaal heet te zijn maatschappelijk steeds minder wordt getolereerd, en dat wetenschap en commercie – hand in hand – een markt creëren voor producten, medicijnen en behandelingen die helpen om de stoornis te voorkomen of te herstellen. Aan de basis ligt – ook hier weer – de neoliberale gedachte dat we steeds betere mensen moeten worden, dat ziekten, stoornissen en afwijkingen te behandelen en te verhelpen zijn, en daardoor onze persoonlijke verantwoordelijkheid zijn geworden. Het ligt aan ons brein of het ligt aan een verstoorde chemie in ons lichaam en het is onze verantwoordelijkheid om die chemische onbalans aan te pakken – uiteraard met behulp van door de farmaceutische industrie gepropageerde middelen. Verdriet, falen, onzekerheid, tragiek en vergankelijkheid hebben geen plek meer vanuit dit perspectief en zijn juist het gevolg van het niet nemen van onze verantwoordelijkheid.

‘In welvarende westerse landen heerst de gedachte dat een mens zijn gezondheid voor een groot deel aan zichzelf te danken heeft. De afgelopen kwarteeuw vestigde zich sterker dan ooit de mo-

raal dat we het lot in eigen hand hebben in plaats van dat dit ons overkomt. Dit meritocratische principe van welslagen als een verdienste was voorheen vooral een uitgangspunt van politiek rechts, maar is in de jaren negentig een breed aanvaard idee geworden. Wie achterblijft, kan dat niet meer aan zijn afkomst, sekse, huidskleur of ander toeval wijten, maar is daar meer dan ooit zelf verantwoordelijk voor' (Dehue 2014, 194–195).

Het idee dat armoede, onveiligheid, discriminatie, sociaal onrecht en andere ellende verdriet, angst, somberheid en depressie kunnen veroorzaken en dus niet met behulp van chemie (een pil) kunnen worden opgelost, is daarmee volledig uit beeld verdwenen. Problemen worden gedepolitiseerd,

'gedecontextualiseerd' en vooral gepersonaliseerd. De hedendaagse leefstijlpolitiek is genadeloos voor mensen die pech hebben.

'Dat vele vormen van falen en verdriet vanaf eind jaren negentig een teken van een stoornis werden, drukte toen al ongeduld daarmee uit. Dat er nu van alles aan de preventie van falen en verdriet moet worden gedaan, geeft aan dat het ongeduld verder is gegroeid. De leefstijlpolitiek wil problemen dus aanpakken door de belangrijkste oorzaak ervan te vergroten: de opdracht tot zelfredzaamheid die in het vorige decennium tot de groeiende vraag om hulp leidde, wil ze bestrijden met de eis van nog meer zelfredzaamheid' (Dehue 2014, 253).

Positieve gezondheid

Het nieuwe gezondheidsconcept van Machteld Huber (2014) lijkt een verbinding te kunnen maken tussen aan de ene kant het marktdenken in de zorg, en aan de andere kant het feit dat gezondheid voor een belangrijk deel niet maakbaar is, dat mensen niet altijd zelfredzaam zijn en dat er een tragische dimensie aan ons bestaan zit. Dit nieuwe gezondheidsconcept dat inmiddels bekend staat als 'positieve gezondheid'.²⁹ Positieve gezondheid, een begrip dat door tal van partijen in

de zorg wordt omarmd, vormt een alternatief voor de definitie van gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken (*a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*; 1946, WHO 2006). Deze omschrijving was in 1946 revolutionair, omdat ze de negatieve definitie van gezondheid als afwezigheid van ziekte oversteeg en omdat ze de verschillende dimensies van het menselijk bestaan in de definitie opnam. Spiritualiteit is als vierde dimensie nooit opgenomen in deze definitie, maar door de jaren heen is wel regelmatig de aanbeveling gedaan om met deze vierde dimensie uitdrukkelijk rekening te houden (Larson 1996; WHO-Regional Committee for the Eastern Mediterranean 1998).

De voorbije jaren werd steeds meer kritiek geuit op WHO-definitie, vooral ook op de aanwezigheid van het woord ‘compleet’ in relatie tot welbevinden. Huber (2014) formuleert drie bezwaren tegen de oude definitie:

1. weliswaar onbedoeld, draagt de definitie bij aan de medicalisering van de samenleving, omdat er zich voortdurend een nieuwe interpretatie van ‘compleet’ aandient;
 2. de demografische samenstelling van veel landen en de aard van de daarmee samenhangende ziektes zijn ingrijpend veranderd. Waar ten tijde van de definitie het accent vooral lag op het behandelen van acute ziekten, ligt nu het accent vooral op het omgaan met chronische ziekten;
 3. hoewel de WHO verschillende classificatiesystemen voor ziekte, gezondheid, handicap, functioneren en kwaliteit van leven heeft ontwikkeld, blijven deze systemen veelal onbruikbaar, juist door de referentie aan het begrip ‘compleet’ in de definitie (Huber 2014, 47–48).
- Op basis van haar onderzoek en van een brede expertmeeting heeft Huber een nieuw concept van gezondheid geformuleerd:

‘... gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven’ (Huber 2014, 48).

Het is een dynamisch concept. Net als de WHO-definitie worden de drie domeinen – het fysieke, mentale en sociale – van het menselijk bestaan geïntegreerd benaderd. Het verschil is dat het nieuwe concept

‘... de potentie benadrukt om gezond te zijn of te worden, zelfs wanneer er sprake is van een ziekte, en ook het vermogen van persoonlijke groei en ontwikkeling in de richting van het vervullen van persoonlijke doelen in het leven’ (Huber 2014, 238).

Dit dynamische concept van gezondheid werd op basis van de inbreng van verschillende belanghebbenden ingedeeld in zes dimensies:

- lichamelijke functies,
- mentale functies en beleving,
- spirituele/existentiële dimensie,
- kwaliteit van leven,
- sociaal-maatschappelijke participatie, en
- dagelijks functioneren.

Het blijkt dat deze dimensies en aspecten van gezondheid door de verschillende belanghebbenden op zeer verschillende wijze worden geïnterpreteerd. Vooral beleidsmakers en onderzoekers hanteren een smalle, biomedische interpretatie van gezondheid, terwijl patiënten (met een grote diversiteit van aandoeningen en ziekten) een brede interpretatie van gezondheid voorstaan, waarbij de verschillende dimensies als bijna even belangrijk worden beschouwd. De interpretatie van behandelaars nam een middenpositie in tussen de brede en smalle interpretaties, waarbij artsen meer naar een smalle, en verpleegkundigen meer naar een brede interpretatie neigen. Het blijkt dat beleidsmakers, onderzoekers en zorgverzekeraars significant minder belang hechten aan de spirituele/existentiële dimensie en de sociaal-maatschappelijke participatie. Dit scherpe contrast tot de andere partijen – burgers, patiënten, behandelaars en andere actoren in de sfeer van de zorg – bleef, ook als rekening wordt gehouden met de invloed van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en het hebben van een chronische ziekte. Voor alle in het onderzoek betrokken belanghebbenden bleek het zelf doormaken van een ziekte een van de meest invloedrijke factoren te zijn bij de in-

terpretatie van gezondheid. Ziekte-ervaringen relativeren de lichamelijke aspecten, veroorzaken een bredere visie op gezondheid en leiden tot een hogere waardering van de spirituele/existentiële aspecten, te weten het belang van zingeving, doelen en idealen, toekomstperspectief en acceptatie (Huber 2014; Huber & Jung 2015).

In een interview met Machteld Huber in het *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* bleek dat in de werkgroep van experts die het model van positieve gezondheid heeft uitgewerkt tot een instrument, geen geestelijk verzorger of theoloog zitting had. Een verklaring hiervoor heeft zij niet. Vervolgens zegt Huber ook dat de term zingeving breder wordt geaccepteerd dan de termen spiritueel of spiritueel-existentieel, en dat zij heel pragmatisch in latere versies van het model voor zingeving heeft gekozen. Een ander punt is dat de overheid en zorgverzekeraars het model omarmen juist omdat het goed te combineren valt met de ideologie van de zelfredzame burger, de eigen regie van patiënten en cliënten onderstreept (Hamers & De Jong 2017). Hoewel het nieuwe model een ander perspectief op ziekte en gezondheid opent en een dynamische verhouding van verschillende dimensies herkent en erkent, doet zich toch de vraag voor of er werkelijk plaats is voor het tegendeel van zelfredzaamheid en een geslaagd of succesvol leven.

Onherkenbaar gezien

‘Al vijfendertig jaar zit ik vast, Henk. En weet je hoe ik het volhoud? Alleen dankzij hulp van God’. Deze woorden zijn van een van de 88 longstaypatiënten die Henk Hage in de periode 2014–2016 heeft geschilderd in de longstayafdeling van de forensische kliniek van de Pompestichting in het Noord-Brabantse Zeeland (Hage 2016, 122). Het was een idee van de geestelijk verzorger Marco Luijk, op het idee gebracht door een lied van Huub Oosterhuis en Bernard Huijbers met de titel *Delf mijn gezicht op, maak mij mooi* (Oosterhuis & Huijbers 1988).

Mensen willen gezien worden, gekend. Ze willen bestaan – ondanks hun misdaad en hun stoornis. Hoewel in het juridisch en therapeutisch proces elke steen van hun bestaan omgekeerd is en ze elk uur van de dag onder toezicht staan, worden ze niet ‘gezien’, niet in de zin

zoals geestelijke verzorging beoogt. Op elk paneeltje van Henk Hage, van 17,4 bij 17,2 cm, vanwege de anonimiteit alleen voorzien van een van de namen van de 88 (sic!) sterrenbeelden, staat het portret van een van de longstayers – onherkenbaar, maar in het schilderproces is in het portret de ziel van de geportretteerde zichtbaar geworden.

‘Elke gedetineerde is, behalve een monster in de ogen van de wereld, ook een verloren ziel, en toch heeft hij even de witte steen in handen gehad en de nieuwe naam³⁰ gelezen, en hem vervolgens aan de schilder gegeven. Die hem op het paneeltje aan het licht zal brengen.’

Dit volgens Willem Jan Otten, die een inleiding heeft geschreven voor de boekuitgave van dit bijzondere project (Otten 2016, 9). Hoe houdt je het vol, 35 jaar in een forensische kliniek, tot de dood erop volgt? Henk Hage schrijft in zijn dagboek nog meer over de man van de boven geciteerde uitspraak, waaronder deze korte tweespraak:

‘Er is veel zon in Ant³¹. Als ik denk aan hoelang hij al achter de tralies zit, is het een wonder hoe positief hij is. (...) Het gesprek gaat over lijden, medelijden en over God:

“Weet je Henk, dat God tussen de mensen is? Als twee mensen elkaar echt ontmoeten, dan is God daartussen.”

“Je kunt wensen, dat dat ook zo is als iemand naar de portretten kijkt.”

“Ja, dat is zeker zo”

De longstay-tbs'ers zijn gezien, hun gezicht is opgedolven, hun ziel is tastbaar in de ruwe streken verf, hun verlangen, hun beschadigingen, het herstel waaraan wordt gewerkt – in het scherpe besef overigens van de schade die zij anderen hebben toegebracht. Onherkenbaar en toch gezien. In dit project en in deze portretten is het gevoel voor het tragische te herkennen – een gevoel waarvan Arnon Grunberg in de E. du Perronlezing³² van 2017 stelt dat onze samenleving dat heeft verloren (Grunberg 2017). Bij uitstek in het kader van geestelijke verzorging

komt uitdrukkelijk het tragische aan bod: niet zelfredzaam zijn, onherstelbaar verlies, het besef dat het leven kwetsbaar en vergankelijk is.

Vliegveld

In een onderzoek van de Amerikaanse sociologe Wendy Cadge naar de basis of het mandaat van de geestelijk verzorgers die werkzaam zijn op Amerikaanse vliegvelden, blijkt dat geestelijk verzorgers zelf die basis omschrijven als ‘presentie, aandacht voor dood en verdriet, en een laatste toevlucht’ (Cadage 2017). Presentie omschrijft een van de geïnterviewde geestelijk verzorgers als ‘intentioneel rondhangen’. Zonder vooropgezet plan lopen zij rond, geven hun ogen de kost, spreken mensen aan die verloren lopen, en worden een bekend gezicht voor het personeel. Zij raken in contact met mensen die anders buiten beeld vallen. Centraal staan daarbij dood en verdriet: reizigers die op weg zijn naar een begrafenis of naar de laatste ontmoeting met een stervende dierbare, mensen die in rouw zijn, families die het lichaam van een overleden of gesneuveld familielid ophalen, nabestaanden van iemand die op een vlucht is overleden, personeel dat een collega heeft verloren, en families en slachtoffers na vliegcrashen. Geestelijk verzorgers zien zichzelf daarbij als een laatste toevlucht, een veiligheidsnet wanneer niets of niemand anders ter beschikking is. Vaak informeel van aard, een vorm van bemiddeling die buiten de officiële procedures en protocollen om gaat.

Merkwaardig is wel dat de geïnterviewde geestelijk verzorgers hun rituele, en hun andere begeleidende handelen niet inhoudelijk onder woorden brengen, terwijl dat wel in vrijwel alle beschreven casuïstiek aan de orde is (Cadage 2017). In haar conclusie wijst Cadage nog op een belangrijk resultaat van haar onderzoek. Waar in de meeste theorieën over de verhouding tussen en het specifieke mandaat van de verschillende beroepen wordt uitgegaan van een competitie-model (je moet je ‘breed’ maken), blijkt dat bij geestelijke verzorging (op vliegvelden) geen sprake is van dat competitie-model en ook niet van wettelijke of economische motieven. In het mandaat van geestelijke verzorgers spelen – althans volgens de actoren zelf – vooral morele argumenten.

Het werk dat geestelijk verzorgers doen, is haast onzichtbare, religieus gemotiveerde inzet, werk dat anderen niet doen. Werk ook dat niet zal gebeuren als geestelijk verzorgers het niet doen. Het is enerzijds werk dat anderen niet als werk zien, maar anderzijds juist als het ‘vuile’ (*dirty*) werk wordt beschouwd – namelijk het op een persoonlijke wijze omgaan met verdriet en dood (Cadge 2017; zie ook: Körver 2017a). In ieder geval blijkt dat geestelijk verzorgers vooral werkzaam zijn op het raakvlak van 1. verdriet & dood, 2. geloof & zingeving, en 3. ritueel & symboliek – en dit op een persoonlijke en betrokken wijze, laagdrempelig en informeel present, waardoor juist de aandacht voor de aspecten van het bestaan aan de orde kunnen komen, zoals gebrek aan zelfredzaamheid en het gevoel van het tragische, aspecten waarvoor anderen kennelijk terugdeinzen.

Glans van werkelijkheid

Een basis voor de samenhang tussen de drie genoemde clusters kunnen we vinden in het werk van cultureel antropoloog Clifford Geertz. Zijn analyses van religie, chaos en ritueel bieden aanknopingspunten. Hij omschrijft religie als volgt:

‘Religie is een systeem van symbolen, die krachtige, overtuigende en langdurige stemmingen en motivaties in de mens vestigen, en wel door de formulering van overtuigingen inzake een algemene orde van het bestaan alsmede door deze overtuigingen in een glans van werkelijkheid te kleden, zodanig dat de stemmingen en motivaties op een unieke wijze realistisch schijnen te zijn’ (Geertz, 1993 90; vertaling ontleend aan: Van der Ven 1993, 144).

In zijn toelichting op deze definitie benadrukt Geertz het belang van symbolen en rituelen, waarbij hij symbolen opvat als voorwerpen, handelingen, gebeurtenissen, kwaliteiten of betrekkingen die als een soort voertuig dienen voor een concept of abstractie; of misschien beter: die een concept, abstractie of ervaring tastbaar, zichtbaar en concreet maken, belichamen. Symbool en ritueel bieden een ‘model of reality’,

een interpretatie van hoe de wereld op dit moment is en een ‘model for reality’, een ideale status van diezelfde werkelijkheid. Het ritueel brengt deze beide modellen bijeen, waarbij deelnemers de overtuiging opdoen en daadwerkelijk beleven dat deze modellen en concepten van en voor de werkelijkheid geloofwaardig en deugdelijk zijn (Geertz 1993). Tegen deze achtergrond is te verhelderen dat ritueel misschien wel het hart van geestelijke verzorging vormt en tevens de ruimte waarin verschillen in religieuze achtergrond te overstijgen zijn (Körver 2017b).

In zijn toelichting benadrukt Geertz overigens nog een tweede belangrijk element. Religie en ritueel zijn vooral van belang als er chaos in het leven ontstaat, het leven ontregeld is of in een crisis raakt, en mensen worden geconfronteerd met verlies, tragiek en eindigheid. Chaos omschrijft hij als *a tumult of events which lack not just interpretations but interpretability* (Geertz 1993, 100). Chaos leidt ertoe dat mensen op de grens van hun begrip (‘ik vat het niet meer’), van hun uithoudingsvermogen (‘ik houd het niet meer uit’) en op de grens van hun morele draagkracht (‘dit kan niet’) stuiten. Bij dit aspect, dat symbolen en rituelen een nieuwe werkelijkheid creëren, sluit de Nederlandse cultureel-antropoloog André Droogers aan. Symbolen en rituelen ziet hij als spel, en spel beschouwt hij als ‘het menselijk vermogen om tegelijk met twee of meer werkelijkheden om te gaan’ (Droogers 2010, 131). Een andere, virtuele werkelijkheid wordt opgeroepen en krijgt vorm. Die andere werkelijkheid wordt als mogelijkheid in het eigen repertoire opgenomen, wordt geactiveerd als het nodig is, is soms tegenstrijdig met andere onderdelen van het repertoire, maar passend bij de verschillende rollen van een mens, en heeft naast individuele ook sociale aspecten. Vanuit psychodynamisch perspectief laat religiepsychologe Nel Jongsma-Tieleman – op basis van de theorie van Donald Winnicott over de transitionele sfeer – zien dat religie en spiritualiteit speelruimte voor de verbeelding vormen en dat vooral een ritueel deze functie heeft. Die ruimte is een tussenruimte tussen de vaak harde realiteit en de puur subjectieve binnenwereld van ieder mens. In die tussenruimte ontstaan creativiteit, verbeelding en alternatieve mogelijkheden, zodat een mens met (nieuw) vertrouwen en (nieuwe) hoop de realiteit tegemoet kan treden (Jongsma-Tieleman 1996). Een ritueel creëert

een ruimte waar mensen even uit de alledaagse werkelijkheid kunnen treden, troost kunnen (her)vinden en het contact met hun verlangen, met de ander en met het transcendente. Het is een ruimte waarin alternatieve scenario's en een alternatief repertoire voor de werkelijkheid 'een glans van werkelijkheid' krijgen – het is een overgangsruijnte, een speelruimte, een ruimte die religie gemeen heeft met kunst. Het is een plek waar een mens niet per se de eigen regie hoeft te voeren en ook het tragische van het leven kan herkennen en erkennen.

Geestelijke verzorging

Verlies, verdriet en vergankelijkheid horen bij het leven, net als onherstelbare beschadigingen, het gevoel het leven niet aan te kunnen en de regie te verliezen of zelfs kwijt te zijn. Deze dimensies van het bestaan moeten in zicht blijven, net als de aandacht en zorg om deze te herstellen (indien mogelijk) en te aanvaarden (indien nodig). We worden geen betere mensen als we voortdurend en alleen oog hebben voor volmaaktheid, succes en autonomie. Kwetsbaarheid, breukervaringen, verdriet, verlies en vergankelijkheid kleuren evengoed ons bestaan, onze ervaringen met ziekte en gezondheid, en met het bieden van zorg. Geestelijk verzorgers zijn juist hier op hun best en op hun plek: op het snijpunt van verdriet & dood, geloof & zingeving, ritueel & verbeelding. Daar en zo bieden zij patiënten, cliënten, zorgverleners en managers de ruimte om stil te staan bij wat hun is en kan overkomen – en om te dromen van een nieuwe werkelijkheid.